

Des Douleurs tardives élevées

COMME

SYMPTOMES DES RUPTURES DE GROSSESSES TUBAIRES

ET DE

L'INONDATION PÉRITONÉALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 23 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Démètre C. ZOGRAPHOS

Né le 14 Mai 1900, à SALONIQUE (Grèce)

Examineurs de la Thèse :

{	MM. MICHEL, professeur.....	} <i>Président.</i>	
	FRELICH, professeur.....		
	JOB, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
	BARTHELEMY, agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANCIENNE IMPRIMERIE VAGNER, RUE DU MANÈGE, 3

1925

N^o 289

1925

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, *, I Q.

Assesseur : M. E. SIMON, *, I Q.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q.; PRENANT, *, I Q.;
F. GROSS, O *, I Q.; HERRGOTT, O *, I Q. WEISS, O *, I Q.

Professeurs

Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I Q.
Hygiène.....	M. E. MACÉ, *, I Q.
Clinique médicale.....	M. E. SIMON, *, I Q.
Histoire naturelle médicale.....	M. P. VUILLEMIN, *, I Q.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O *, I Q.
Clinique des maladies des enfants.....	M. P. HAUSHALTER, *, I Q.
Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, *, I Q.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, *, I Q.
Clinique chirurgicale.....	M. A. VAUTRIN, *, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, *, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. R. FRÉLICH, *, I Q.
Physiologie.....	M. M. LAMBERT, *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements....	M. A. FRUINSHOLZ, *, I Q.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I Q.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, *, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I Q.
Clinique des voies urinaires.....	M. P. ANDRÉ, *, I Q.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I Q.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique.....	M. L. RICHON, *, I Q.
Physique.....	M. DUFOUR, *, I Q.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, I Q.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies tuberculeuses (1)....	M. M. PERRIN, *, I Q., agrégé.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, *, I Q., agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)....	M. J. PARISOT, O *, I Q., agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	M. J. PARISOT, O *, I Q., agrégé.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, I Q., agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. A. BINET, I Q., agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. L. CAUSSADE, I Q., agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, A Q., agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. R. LALANNE, I Q.
Cours d'hydrologie.....	M. M. PERRIN, *, I Q., agrégé.
Médecine opératoire.....	M. M. BARTHÉLEMY, *, I Q., agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	M. LAMY, I Q., agrégé.
Education physique.....	M. P. MATHIEU, I Q., agrégé.
Accouchements (Cours théorique).....	M. JOB, *, I Q., agrégé.

Agrégés en exercice

M. M. PERRIN, *, I Q.	M. P. JEANDELIZE, A Q.	M. WATRIN, *, I Q.
M. G. THIRY, *, I Q.	M. L. CAUSSADE, I Q.	M. HAMANT, I Q.
M. J. PARISOT, O *, I Q.	M. BARTHÉLEMY, *, I Q.	M. CORNIL, I Q.
M. P. MATHIEU, I Q.	M. LAMY, I Q.	M. DE LAVERGNE, *, I Q.
M. L. JOB, *, I Q.	M. MUTEL, *, I Q.	

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I Q.; S. REMY, I Q.; BUSQUET, I Q.; BINET, I Q.; FAIRISE, A Q.

M. A. PACAUD, I Q., Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, I Q., Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance
et le souvenir de ma tendresse infinie*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MICHEL

Professeur de la Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRÉLICH

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOB

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

BARTHELEMY

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

A l'heure où nous allons quitter notre vie d'étudiant, non sans une certaine émotion, notre pensée va à ce beau pays de France, berceau de la civilisation mondiale, vers lequel se dirigeaient les vœux de notre première jeunesse.

Nous sommes très heureux d'exprimer aujourd'hui notre reconnaissance et nos hommages respectueux à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, centre intellectuel et artistique de cette chère Lorraine, dont le souvenir restera à jamais gravé dans notre mémoire.

Nous avons eu, à la fin de nos études, le bonheur de pouvoir suivre les Cliniques de Monsieur le Professeur Michel. Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, et nous faire le grand honneur d'en accepter la présidence; qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre profond attachement.

Nos sentiments de respect et de vénération vont ensuite à un autre de nos Maîtres, Monsieur le Professeur Frœlich, dont l'enseignement scientifique de

clinique chirurgicale infantile a tant contribué à nos connaissances médicales. Qu'il daigne agréer nos hommages respectueux.

Il nous est particulièrement agréable d'exprimer nos sentiments de reconnaissance à Monsieur le Professeur agrégé Job. Nous ressentons très vivement l'honneur qu'il nous fait d'être de nos juges. Nous avons tiré grand profit de ses conseils éclairés et de son enseignement si intéressant.

Nous remercions bien vivement Monsieur le Professeur agrégé Barthelemy de l'amabilité avec laquelle il a consenti à faire partie de notre jury. Il s'est toujours mis à notre disposition avec une complaisance dont nous lui sommes infiniment reconnaissant.

Que nos camarades d'études : Français, Luxembourgeois et Serbes, que nous sommes heureux de compter si nombreux, reçoivent ici l'assurance de nos meilleurs sentiments d'amitié.

INTRODUCTION

Le diagnostic de grossesse tubaire est plus souvent porté depuis que l'on connaît mieux les signes cliniques de cette greffe anormale de l'œuf et surtout des complications qui en résultent.

Classiquement, les interventions pratiquées pour l'ensemble des gestations ectopiques, représentent 3 % environ des statistiques gynécologiques. Nous pensons que ce chiffre est actuellement au-dessous de la réalité.

C'est ainsi qu'en relevant ceux qui ont été publiés pendant le fonctionnement d'un service de gynécologie annexé à une Maternité de Paris (Clinique Baudeloque) nous trouvons :

En 1921, 8 gestations tubaires sur 58 interventions;

En 1922, 9 gestations tubaires sur 130 interventions;

En 1923, 9 gestations tubaires sur 81 interventions.

Encore faut-il remarquer qu'il ne s'agissait pas, dans la plupart de ces cas, des accidents dramatiques de l'inondation péritonéale (ces malades étant dirigés, plus spécialement vers les services de chirurgie générale).

Ces greffes anormales de l'œuf sont-elles plus fréquentes qu'autrefois ?

Nous ne le pensons pas. Tout nous porte à croire, au contraire, qu'une connaissance plus précise des signes cliniques révélateurs de cette affection ou de ses complications, signes qui d'ailleurs commandent impérieusement la conduite à tenir, intervient pour une large part dans cette augmentation apparente de fréquence.

Mais, s'il est des cas faciles, où le diagnostic est posé d'emblée, il en est un certain nombre d'autres (qu'il s'agisse d'une grossesse tubaire non compliquée au début, ou qu'il s'agisse d'un de ces tableaux cliniques si polymorphes, réalisés par une complication hémorragique) où il reste hésitant.

De ce fait l'intervention est différée, retardée, et parfois, le médecin cherchant à observer un signe indicateur convenable, la malade perd le bénéfice d'une intervention opportune.

Existe-t-il donc un signe révélateur de l'urgence de l'intervention ?

Quand l'observe-t-on ?

Dans quels cas aurons-nous à faire appel à lui pour nous guider ?

Tels sont les points qui nous occuperont plus spécialement dans cette thèse, inspirée des travaux de M. A. LAFFONT, sur la « douleur tardive élevée » au cours de grossesses tubaires compliquées de rupture.

Nous nous tiendrons strictement dans la limite des indications d'urgence au cours des grossesses tubaires compliquées, au début de leur évolution, d'hémorragies graves.

Nous diviserons cette étude en deux chapitres.

1° Dans un premier chapitre, nous étudierons rapidement les circonstances cliniques habituelles qui posent l'indication d'urgence pour l'immense majorité des chirurgiens actuels : nous insisterons surtout sur les faits où la nécessité d'un signe nouveau paraît s'imposer ;

2° Dans un deuxième chapitre, nous étudierons précisément, en vue de son application dans les cas douteux que nous aurons signalés :

a) La réalité clinique du signe « douleur tardive élevée » par un certain nombre d'observations ;

b) Les caractères et sa signification générale ;

c) L'interprétation pathogénique qui, dans l'état actuel de nos connaissances, nous paraît la plus plausible ;

d) Sa valeur diagnostique et sa valeur indicatrice au point de vue opératoire ;

3° Nos conclusions résulteront de cette double étude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jusqu'à la première moitié du XIX^e siècle, époque à laquelle Régnier de Graaf, puis de Baer et Coste, firent paraître leurs travaux sur la fécondation, la grossesse ectopique n'avait aucune individualité clinique, et était, avec toutes les grossesses compliquées, qualifiée de « mauvaise grossesse ».

Il nous paraît intéressant, au début de ce travail, d'envisager rapidement quels étaient les moyens employés pour traiter la grossesse tubaire.

La plupart de ces moyens visaient, lorsque par hasard le diagnostic était fait, à éviter le cours de la gestation anormale en tuant le fœtus. (Car on pensait alors que la mort du fœtus suffirait pour mettre la femme à l'abri des complications).

Riegen employait la cure de faim et le purgatif; Cazeaux, les saignées abondantes et répétées; Scleise, les frictions mercurielles. D'autres opérateurs, la compression de la trompe par des sacs de sable.

Braxton Hicks est, à notre connaissance, un des premiers à avoir préconisé la ponction de l'œuf, qu'il pratiquait à travers la paroi abdominale.

Sur 12 femmes ainsi traitées, il eut 8 cas de mort.

Des opérateurs, plus hardis sans doute, n'hésitèrent pas à pratiquer la ponction de l'œuf à travers le rectum.

En 1863, Joulin eut l'idée de joindre à la ponction l'injection de substances toxiques : strychnine ou atropine. Bachetti employa les courants faradiques.

Il faut bien dire que ces moyens n'étaient qu'exceptionnellement mis en œuvre, puisque cette grossesse anormale n'était que rarement diagnostiquée.

D'ailleurs ils s'adressaient à des gestations ayant en général dépassées la phase des complications précoces, vis-à-vis desquelles les médecins d'alors étaient totalement désarmés.

Les progrès de la chirurgie abdominale transformèrent les méthodes et les résultats.

Lawson Tait, en particulier, par sa statistique, entraîna les convictions; car il publiait vingt guérisons sur vingt-et-un cas traités.

Il y a quelques années, certains auteurs préconisèrent l'expectation dans les cas d'hémorragie grave. Albertin, Forgeue (école lyonnaise), Bobb, Simpson, Lovisch, Treub pensaient qu'il est exceptionnel de voir une malade succomber à une hémorragie unique

et, qu'en revanche, l'intervention, pratiquée alors sur une malade en état de schok, avait les plus grandes chances d'aboutir à un échec.

A l'heure actuelle, l'immense majorité des chirurgiens, pour ne pas dire tous, ont adopté la formule de Pinard : « Avant cinq mois, toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée ».

Pour ce qui est des complications hémorragiques graves, l'indication est aussi formelle et aussi générale.

Telle est la théorie. Le rappel historique que nous venons de faire, n'a d'autre but que d'indiquer, par contraste, les progrès réalisés.

CONDITIONS CLINIQUES

dans lesquelles on est amené à porter l'indication
d'une opération d'urgence

Théoriquement, au moins en matière de grossesse tubaire, avant cinq mois toute manifestation d'existence ou de complication devrait entraîner l'intervention d'urgence.

Les complications hémorragiques devraient être exceptionnelles. Or, pratiquement, elles sont fréquentes, soit du fait que la femme n'est pas venue consulter à temps, soit du fait que le diagnostic avant la complication est resté hésitant et, par là même, l'intervention retardée.

De ce que nous venons de dire, se dégage cette notion, d'ailleurs vérifiée par l'expérience : Pratiquement, c'est au moment des complications hémorragiques que se pose la véritable indication d'urgence, celle qu'on ne peut pas différer.

Ce caractère d'extrême urgence est commandé par l'apparition de syndrômes particuliers qu'il nous faut maintenant envisager au point de vue clinique.

SYNDROMES D'HÉMORRAGIES

commandant pratiquement l'intervention d'urgence

Nous envisagerons :

- 1° L'hémorragie cataclysmique;
- 2° Les hémorragies continues.

Dans l'immense majorité des cas, ces complications relèvent de la rupture tubaire. C'est dire qu'elles se retrouveront surtout dans les grossesses isthmiques, et qu'elles seront en général très précoces.

1° *Hémorragie cataclysmique.* — Habituellement le tableau clinique est des plus net. Nous ne saurions mieux faire que de transcrire ici, dans sa saisissante brièveté, l'observation suivante, de Lejars.

Une femme, de 26 ans, légèrement souffrante depuis une huitaine de jours, est prise tout à coup, vers 6 heures du soir, d'une violente douleur dans le ventre. Elle s'affaïse, perd à demi connaissance, ne se ranime que très incomplètement, malgré les soins qu'on lui donne, et quelques heures après, je la trouve très pâle; les pupilles dilatées, le regard vague, la respiration pénible; le pouls est très fréquent : 130 à 135, petit, fuyant; les extrémités sont froides, ainsi que le nez et la langue.

Une injection sous-cutanée de sérum artificiel a paru relever

un peu le pouls et lui rendre quelque force, mais le résultat a été très éphémère et s'est maintenu à peine un quart d'heure.

Le ventre est volumineux, sans être tendu; il n'est mat que dans la zone toute déclive, dans la fosse iliaque et à l'hypogastre.

Au toucher vaginal, le col est mou, saignant, entr'ouvert, l'utérus gros, mais l'exploration des culs-de-sacs et spécialement du cul-de-sac postérieur reste négative. Pourtant, ces quelques indices, l'absence de règles depuis trois mois, ou du moins la substitution d'écoulements très irréguliers aux périodes menstruelles jusque-là normales, enfin l'explosion soudaine des accidents et les signes évidents d'une hémorragie interne grave, nous font porter le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine.

La laparotomie médiane est pratiquée *séance tenante*, après une anesthésie superficielle à l'éther et pendant que l'on continuait au bras l'injection sous-cutanée de sérum. Le péritoine pariétal est noirâtre; à peine l'ai-je ouvert qu'il s'échappe un flot de sang rouge et de caillots et je me trouve dans un véritable lac sanguin qui remplissait tout le ventre.

Très vite, je plonge la main dans le bassin, derrière l'utérus, et je reconnais à gauche une masse épaisse qui est relevée et rapidement attirée au dehors: c'est la trompe gauche, distendue et rompue et dont la déchirure saigne abondamment.

(Suit la description de la fin de l'intervention).

Nous ne nous permettrons pas, après un tableau aussi magistral, de reprendre les signes cardinaux de ce syndrome.

Pour apprécier la nécessité d'un signe nouveau surajouté à la symptomatologie classique, nous devons nous demander si tous les cas sont aussi nets, si les erreurs de diagnostic ne sont pas possibles?

Elles le sont certainement et on a signalé la confusion de ce symptôme plus ou moins modifié, avec la péritonite par perforation, l'ileus, la torsion d'un kyste de l'ovaire, la pancréatite hémorragique, voire même avec un empoisonnement. Mais il convient de signaler que ce sont là des erreurs rares.

Pratiquement ce syndrome d'anémie suraiguë, survenant brutalement chez une femme ayant eu quelques troubles des règles, est si net que le diagnostic en est facile.

Nous ne pensons donc pas que dans ces cas, la nécessité d'un signe nouveau se fasse sentir. (Nous verrons, de plus, que c'est précisément dans ces cas que le signe de la douleur tardive élevée est le moins constant).

Quant aux indications, elles ne se discutent pas.

Le danger est aussi grand dans une hémorragie en péritoine libre que dans la lésion d'une grosse artère qui saigne au fond d'une plaie. Il faut réaliser le plus vite l'hématostase.

Il n'est jamais trop tard pour tenter l'opération.

2° *L'hémorragie continue ou à répétition.* — L'observation suivante, rapportée par M. Lejars, correspond admirablement au groupe de cas que nous envisageons.

Une femme de 37 ans commence à souffrir du ventre vers le milieu de décembre. Le 23, brusquement, elle est prise d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche, accompagnée de pâleur, de refroidissement, d'état syncopale, puis les accidents s'apaisent au bout de quelques heures.

Quelques jours après, elle entre à l'hôpital, où le diagnostic de grossesse tubaire rompue est assez facilement établi. *Rien ne presse, semble-t-il.* Deux jours après, le matin, au moment de la visite, la malade pâlit tout à coup et perd connaissance; elle est froide, le pouls misérable, la pupille dilatée et c'est à grand-peine qu'on parvient à la ranimer.

Laparotomie immédiate....

Dans ce cas, l'hémorragie s'était faite en deux temps. La déchirure tubaire continuait à verser du

sang dans la cavité pelvienne, mais cependant l'écoulement avait été en quelque sorte limité pendant quelques jours.

Après la première manifestation de la rupture, le diagnostic étant posé, pourquoi n'avait-on pas opéré ?

Parceque l'on avait été trompé par *des signes de fausse sécurité* ; parcequ'en réalité, tous les degrés existent entre les hémorragies justiciables de l'intervention d'urgence et celles qui laissent espérer une évolution vers l'enkystement.

Dans d'autres cas, il peut s'agir non pas de ces formes à répétition, mais d'hémorragies *continues*.

Le début est en général moins brutal : douleur légère, phénomènes lipothimiques, amélioration du pouls.

Va-t-on opérer d'urgence ?

Certes oui, lorsque cela est possible ; mais nous ne devons pas oublier que ces accidents peuvent survenir très loin de tout secours chirurgical, et parfois contre son gré, le médecin se verra dans l'obligation d'attendre, de laisser passer quelques heures.

Souvent, il assistera à une rémission des symptômes alarmants, lui laissant croire que l'hémorragie est arrêtée, alors qu'en réalité elle persiste, insidieuse et d'autant plus dangereuse.

Cela se voit plus souvent dans l'avortement tubo-abdominal que dans la rupture vraie, mais les conséquences sont identiques.

Sur quoi pouvons-nous nous baser pour apprécier le degré de l'hémorragie et sa persistance ?

Il est classique de dire que *l'aggravation progressive*

des symptômes d'hémorragie doit nous guider, et en particulier l'accélération progressive du pouls. Cette notion est exacte dans l'ensemble, mais la constatation de ces signes d'aggravation progressive est infiniment délicate, car c'est en quelques heures que nous devons prendre une décision.

Au surplus, le meilleur de ces signes, l'accélération progressive du pouls, est parfois en défaut, et les exemples du pouls « cache-misère » régulier, de fréquence normale au cours d'hémorragies de ce type, ne manquent point.

Nous retiendrons donc ici, la difficulté de porter l'indication d'urgence.

Encore avons-nous supposé le diagnostic dûment établi d'hémorragie au cours d'une grossesse tubaire.

Tel n'est pas toujours le cas, et la question se complique encore lorsque, pour une raison quelconque, la malade est vue à ce moment seulement pour la première fois.

Des difficultés de diagnostic différentiel viennent encore aggraver l'incertitude du diagnostic d'intervention.

C'est dans ces cas douteux qu'il est précieux de posséder un signe clinique quasi-pathognomonique de l'écoulement sanguin continu ou, pour mieux dire, de la réplétion relativement rapide du cul-de-sac de Douglas. Il pourra parfois signer le diagnostic jusqu'à incertain, mais, surtout, il indiquera s'il y a ou s'il n'y a pas urgence absolue. De plus, pratiquement, dans les conditions de la clinique courante, il indiquera si le médecin peut disposer d'un certain temps

pour se placer dans des conditions opératoires tout à fait parfaites, ou au contraire agir immédiatement.

Or, comme nous le verrons, c'est précisément lorsque l'hémorragie n'est à ce point shokante que les autres signes en sont effacés, et que le *signe de la douleur tardive élevée* apparaît avec une constance remarquable.

Voilà donc précisées les indications d'urgence dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nous espérons avoir en même temps montré dans quels cas et entre quelles limites la nécessité d'un *signe indicateur*, d'un *signe d'alarme* semble se faire sentir.

C'est ce signe : *la douleur tardive élevée*, que nous allons maintenant étudier, dans un deuxième chapitre.

CHAPITRE II

Nous diviserons ce chapitre d'après le plan suivant:

1° *La réalité clinique du signe de la « douleur tardive élevée » établie d'après un certain nombre d'observations;*

2° *Ses caractères et sa signification générale;*

3° *L'interprétation pathogénique qui, dans l'état actuel de nos connaissances, nous paraît la plus plausible;*

4° *Sa valeur diagnostique et indicatrice.*

1° *Réalité clinique du signe de la douleur tardive élevée.*

OBSERVATIONS

Pour la première fois, à notre connaissance, A. Laffont rapporta, en Novembre 1919, une série d'observations signalant la douleur tardive élevée dans la rupture des grossesses tubaires.

En voici le résumé.

OBSERVATION I

Marie B..., 26 ans, I pare.

D. R. du 20 au 24 septembre 1917.

Premiers accidents. — Petites pertes rouges et douleurs pelviennes légères à droite, le 9 novembre. Expulsion de la caduque, le 12 novembre, à 4 heures du matin.

Douleur élevée très violente à l'extrémité antérieure de la dixième côte droite, le 12 novembre, à 10 heures du matin, avec apparition d'un syndrome hémorragique grave.

Laparotomie d'urgence à la troisième heure. Inondation péritonéale.

Mort huit heures après l'intervention, par dilatation aiguë de l'estomac.

OBSERVATION II

Rose I..., 30 ans, Tertipare.

D. R. du 12 au 16 novembre 1917.

Premiers accidents. — Pertes rouges à partir du 16 décembre et petites douleurs pelviennes.

Douleur élevée épigastrique et accidents syncopaux le 6 janvier. Traitement médical jusqu'au 26 février.

Laparotomie le 26 février : Hématocèle remontant à 11 centimètres au-dessus du pubis. Douleurs épigastriques jusque-là parfois exacerbées. Guérison.

OBSERVATION III

Angèle O..., 33 ans, IV pare.

D. R. du 26 au 29 mai 1918.

Premiers accidents. — Douleur iliaque gauche et syncope.

Pesanteurs pelviennes le 21 juillet. Le 28 juillet, état syncopal précédé d'une *douleur violente située à la région épigastrique*.

Traitement médical jusqu'au 23 août.

Le 23 août, laparotomie : Hématocèle remontant à 10 centimètres au-dessus du pubis. Guérison.

OBSERVATION IV

Blanche P..., 35 ans, II pare.

D. R. du 20 au 25 septembre 1917.

Premiers accidents. — Douleur pelvienne diffuse le 27 octobre, suivie le 28 octobre de *douleur élevée* (dorso-lombaire) et état syncopal.

Hématocèle remontant à 4 travers de doigts au-dessus du pubis. Refus du traitement chirurgical. Guérit médicalement.

OBSERVATION V

Anne M..., 38 ans, VIII pare.

D. R. du 8 au 12 octobre 1917.

Premiers accidents. — 20 novembre, par petites pertes discontinues et douleur à gauche légère. — Le 7 décembre, accident cataclysmique avec *douleur violente sous le sein droit*. Syndrome hémorragique peu grave. Traitement médical. Guérison. Hématocèle étendue du côté gauche envahissant le Douglas.

OBSERVATION VI

Emilie Fr..., 34 ans.

D. R. du 25 au 30 mai 1919.

Premiers accidents. — Le 15 juillet, par des pertes rouges, expulsion de la caduque et douleurs pelviennes plus particulièrement localisées à gauche.

L'état progressivement plus grave. La pâleur augmente lentement. L'hématocèle se constitue et remonte à 4 travers de doigts au-dessus du pubis, accompagnée de *douleur élevée rétrosternale* très violente.

Laparotomie le 13 août.

Disparition de la douleur élevée. Amélioration passagère, puis apparition d'une phlébite; fistule stercorale.

L'état général antérieurement défectueux s'aggrave et la malade meurt le 11 septembre.

OBSERVATION VII

Julie S..., 29 ans.

D. R. du 8 au 12 juillet 1919.

Premiers accidents. — Le 20 août, après petites douleurs pelviennes, le 31 août, *douleur interscapulaire violente*, avec un état général grave. Expulsion d'une caduque. Traitement médical

Se présente à nous le 24 septembre avec de la fièvre et une réaction péritonéale : Hématocèle infecté avec pyosalpinx du côté opposé à la trompe rompue. Mort.

OBSERVATION VIII

Anna M..., 34 ans.

D. R. du 23 au 29 août 1919.

Premiers accidents. — Le 31 août, après des règles qui paraissaient normales, apparition de pertes rouges, puis petites syncopes et douleurs pelviennes le 4 septembre et le 25 septembre.

A partir du 25 septembre, apparition de la *douleur élevée* au niveau de la dixième côte droite.

Pâleur. Hématocèle très net. Laparotomie le 29 septembre. Disparition de la douleur élevée. Huit jours après des suites normales, nouvelle apparition du *point douloureux élevé* au même point.

Examen du Douglas : Un suintement abondant l'occupe. Colpotomie le 8 octobre.

Disparition immédiate du point douloureux. Guérison.

A ses observations personnelles, Laffont ajoutait trois observations de Raymond.

OBSERVATION IX

Mme A..., 35 ans, II pare.

Aucun retard des règles. Apparition brusque au moment de ses règles d'un suintement caractéristique avec expulsion de caudique.

Douleur pelvienne suivie d'une *douleur élevée dorsale* inférieure très violente.

Laparotomie. Inondation péritonéale. Guérison.

OBSERVATION X

Mad. X..., 30 ans, X pare.

Début après retard de 20 jours par douleur dans le ventre suivie bientôt d'une *douleur interscapulaire*.

Laparotomie. Inondation péritonéale. Guérison.

OBSERVATION XI

Mme R...

Après un retard de quelques jours et quelques douleurs pelviennes ressent une *douleur violente dans le dos* et présente un état syncopal. Laparotomie, inondation péritonéale. Guérison.

Depuis les observations rapportées en 1919, M. Laffont a de nouveau attiré l'attention sur ce signe, et a publié des observations nouvelles.

OBSERVATION XII

(Clinique Tarnier)

Service du Professeur BRINDEAU

P... Cécile.

Sang et caillots dans le Douglas et fosse iliaque gauche.

Douleur croisée cervico-brachiale. Douleur intercostale onzième heure.

OBSERVATION XIII

(Clinique Tarnier)

Service du Professeur BRINDEAU

Th... Yvonne.

Inondation péritonéale par hémorragies répétées. *Douleur scapulaire mammaire cervicale croisée costale le sixième jour.*

OBSERVATION XIV

M. Phélip (de Vichy) a publié, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* (1920), une observation dont suit le résumé.

Mme P..., âgée de 23 ans, accouchait normalement le 27 janvier 1920, d'une petite fille de 7 livres bien constituée. Suites de couches furent normales.

Les règles étaient revenues le 10 mars pendant huit jours et d'une certaine abondance. Depuis cette date, plus d'écoulement cataménial. Le vendredi 9 juillet, alors qu'elle travaillait aux champs, la femme ressentit une violente douleur *abdomino-thoracique* gênant la respiration et des vomissements apparaissent.

La malade entre à la clinique le 10 juillet, à 4 heures de l'après-midi. (Suit la description de l'état général et de l'opération).

Et l'auteur ajoute : Le début caractéristique de l'inondation péritonéale semble ici avoir été spécialement marqué par une douleur sous-phrénique avec phénomènes respiratoires.

OBSERVATION XV

Rochet et Labry rapportent une intéressante observation sous le titre : *Rupture tubaire. Forme anormale. Type épigastrique.*

Une femme de 42 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour syndrome péritonéal aigu. Dans la nuit du 12 au 13 janvier, elle a senti une douleur brusque en coup de poignard *dans la région épigastrique s'irradiant dans la région scapulaire droite*; aucune douleur dans la région de la poche gastrique ou dans les fosses iliaques.

Examen. — Facies violacé, dyspnée très accentuée, hoquet, vomissement, pouls 120, filiforme, au palper point douloureux localisé dans la région épigastrique; on pense à une perforation d'ulcère gastrique; aucune perte sanglante récente; règles toujours irrégulières. Au toucher vaginal, cul-de-sac souple avec léger empatement du côté droit.

Examen de seins négatif. Laparotomie périombilicale médiane.

A l'ouverture du péritoine, abondante quantité de sang noirâtre; on trouve un fœtus de trois mois environ, libre dans la cavité abdominale.

Ablation des annexes gauches.

OBSERVATION XVI

MM. Mathieu et Guibal (de Nancy) ont publié les observations suivantes sous le titre : *Phénomènes douloureux paradoxaux, et douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire.*

Il s'agit d'une femme de 28 ans, de constitution robuste, deux enfants vivants; pas de grossesse depuis 1915. Métrosalpingite en 1916, n'ayant pas exigé un alitement prolongé. Depuis un an environ, irrégularités menstruelles avec douleurs au début des époques devenues moins abondantes.

Maladie actuelle. — Les dernières règles, commencées le 19 janvier 1924, ne durent qu'un jour, peu abondantes comme les précédentes; elles sont apparues à la date attendue.

Le 27 janvier, douleur violente dans la fosse iliaque droite, lors des efforts de défécation; la malade doit s'allonger sur son lit; la douleur se calmant, elle reprend ses occupations.

Le 28 janvier, dans la matinée, la douleur a disparu; elle survient de nouveau le soir, lors de la défécation, puis s'efface durant les jours suivants.

Le 2 février, à 5 heures du matin, en allant à la selle, nouvelle crise douloureuse à prédominance iliaque droite, tendance syncopale. La malade se couche, le visage se décolore; elle a des syncopes fréquentes; vers 18 heures, recrudescence de phénomènes douloureux; cette fois, la douleur occupe un siège plus élevé, elle est surtout *intense dans l'hypochondre droit, avec irradiation vers l'épaule et le bras droit*; état syncopal plus accentué; vomissements bilieux. La palpation de la zone vésiculaire déclenche des crises plus violentes. Un médecin appelé adresse la malade au service du Professeur Michel. Elle entre à 20 h. 30; on note alors une pâleur extrême du visage, teint cireux, muqueuses exsangues, état syncopal, paroxysmes douloureux à la moindre tentative de palpation du ventre; la simple pression de la région sous-hépatique fait pousser des cris à la malade; elle grince des dents et fléchissant l'avant-bras sur le bras droit, se plaint d'irradiations violentes à tout ce membre; ces paroxysmes durent une minute environ, puis un calme relatif renaît.

L'abdomen est météorisé, tympanisme sans contracture, pas de matité dans les flancs.

Le pouls, très rapide à 140, est mal frappé et même filant lors des crises douloureuses; le nez est froid et le facies est très inquiétant.

Depuis le début des douleurs, la malade n'accuse aucune perte; le toucher est très difficile en raison des douleurs provoquées; la sensibilité est particulièrement exquise au niveau du cul-de-sac de Douglas qui semble cependant bomber sous le doigt. Le col est dur, le corps ne semble pas augmenté de volume.

Nous portons le diagnostic d'inondation péritonéale d'origine tubaire (nous basant sur les signes d'hémorragie interne et sur la sensibilité spéciale du Douglas), malgré les crises douloureuses paroxystiques qui rappellent de fort près des crises de colique hépatique et nous nous décidons à intervenir.

2 février, intervention à 21 h. 30. Laparotomie médiane sous-ombilicale, inondation péritonéale typique, le sang fuse à travers

l'incision, le petit bassin est rempli de caillots. Après assèchement, on parvient à découvrir une petite perforation au niveau de l'ampoule de la trompe gauche légèrement augmentée de volume; la perforation lenticulaire siège tout près du pavillon qui, entr'ouvert, laisse passer des caillots. On résèque la portion ampullaire de la trompe seule, laissant l'ovaire en place.

Suites opératoires normales. Guérison.

Les auteurs concluent :

1° Douleurs élevées dans la région vésiculaire et irradiées dans l'épaule, le bras droit, apparaissant sept jours après la douleur initiale dans la fosse iliaque droite;

2° Coïncidence de cette douleur élevée avec une aggravation considérable de l'état général, nécessitant une intervention d'urgence, qui décelle une hémorragie très abondante, débordant le petit bassin;

3° Localisation paradoxale de la douleur initiale et de la douleur tardive du côté droit, alors que la perforation siégeait à gauche et que la trompe droite était saine. Cette douleur élevée coïncide avec une inondation péritonéale considérable, et s'explique aussi bien par irritation du diaphragme par l'épanchement sanguin, ou par la distention du cul-de-sac de Douglas, suivant la théorie de Laffont. L'apparition de la douleur élevée paraît donc commander l'intervention urgente.

OBSERVATION XVII

(MATHIEU et GUIBAL)

Il s'agit d'une femme de 27 ans, de constitution robuste; un accouchement à terme en 1917 sans aucun incident; pas de grossesse depuis cette époque. Les règles sont un peu irrégulières, avançant généralement sur la date prévue.

Maladie actuelle. — Le 27 février 1924, les règles surviennent normalement et durent quatre jours comme d'habitude. Le 23 mars, elles n'apparaissent pas; la malade n'éprouvant aucun malaise, ne s'inquiète pas. Le 30 mars, douleurs lombaires, coliques utérines n'empêchant pas la femme de vaquer à ses occupations. Subitement, vers 11 heures, elle présente un étourdissement, ne perd pas connaissance, mais doit s'asseoir une demi-heure, sans éprouver de violentes douleurs; ce malaise disparaît rapidement, mais les douleurs lombaires persistent, ce qui n'empêche pas la femme de continuer son ménage.

Le lendemain, elle ne se ressent de rien et ne s'inquiète pas davantage.

Le 4 avril, vers 7 heures, en allant à la selle comme d'habitude, la malade est prise de nouveau de douleurs lombaires et de coliques utérines; mal à l'aise, elle prend une tasse de thé qui est aussitôt vomie; elle s'étend sur son lit et à 11 heures, se sentant mieux, elle se lève pour faire son ménage. Le 5 avril, le malaise a complètement disparu; à midi, nouvel étourdissement; la patiente doit s'asseoir durant 20 minutes environ, éprouvant toujours des douleurs lombaires et quelques coliques utérines, sans localisation abdominale précise; malgré ces symptômes, la malade quitte Luxeuil où elle habite et se décide à partir à Nancy, voyage qu'elle avait prévu depuis quelques jours. En montant dans le train, de violentes douleurs abdominales se déclenchent avec une intensité beaucoup plus grande que les jours précédents, mais sans aucune localisation précise; ces douleurs persistent durant tout le trajet et des voyageurs remarquent la pâleur de la malade.

En débarquant à Nancy, le malaise se calme un peu; elle se rend chez des parents et se couche en arrivant, sans manger; durant toute la nuit, les douleurs lombaires lui interdisent le repos. Le 6 avril au matin, l'entourage de la malade est frappé de sa pâleur; les douleurs lombaires et les coliques utérines sont toujours très intenses. Malgré l'absence d'aucune perte vaginale, on pense à un avortement et une sage-femme est appelée, qui prescrit quelques réconfortants et quelques frictions. Dans l'après-midi, l'état devient de plus en plus inquiétant.

Les douleurs siègent maintenant beaucoup plus haut, entre les épaules, nécessitant la pose de ouate thermogène; état syncopal accentué; un médecin, mandé vers 7 heures, fait transférer d'urgence la malade à l'hôpital. Elle entre au service du Professeur Michel, le 6 avril, à 19 heures; elle est d'une pâleur extrême, cirreuse, les muqueuses sont exsangues, la langue est sèche et jaunâtre, le nez froid, la respiration est superficielle, le pouls est

presque imperceptible et l'on ne peut compter les pulsations; état syncopal.

L'abdomen un peu météorisé est souple; cependant la palpation réveille les douleurs interscapulaires, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. La percussion décèle une submatité légère dans les flancs.

Pas de pertes depuis le début des douleurs; au toucher, col normal; cul-de-sac postérieur tendu et douloureux, surtout vers le cul-de-sac latéral droit; ce n'est cependant pas la douleur exquise de Douglas, signe classique des hématoécèles. Nous portons le diagnostic d'inondation péritonéale d'origine tubaire; le retard des règles et les signes d'hémorragie constituent un tableau clinique suffisamment impressionnant; nous décidons d'intervenir.

Intervention : 13 h. 30. Laparotomie médiane sous-ombilicale, inondation péritonéale considérable.

La trompe gauche présente dans la région ampullaire une petite masse du volume d'une noix d'où s'écoule un filet de sang; on place une pince sur la trompe et sur l'aileton de l'ovaire qui paraît sain et on résèque la portion ampullaire de la trompe. Nettoyage des caillots qui encombrent encore le cul-de-sac de Douglas. Le sang liquide est abandonné dans le ventre.

Suites opératoires normales, guérison. Les auteurs ajoutent : « Il s'agit dans ce cas d'une douleur interscapulaire intense survenue 7 jours après des phénomènes douloureux diffus et de petits étourdissements qui, sans doute, ont été accompagnés chaque fois par un malaise général, quelques douleurs lombaires et des coliques utérines. »

Enfin nous avons pu nous-même recueillir quelques observations inédites qui, par leur netteté, nous ont incité à écrire cette thèse.

OBSERVATION XVIII

Service de M. le Professeur MICHEL

Mme R..., 28 ans.

Premières règles à 15 ans $\frac{1}{2}$, assez irrégulièrement; à 17 ans, première grossesse, accouchement et suites normaux. Deuxième grossesse à 19 ans, normale. Fausse couche de 4 mois à 23 ans.

D. R. 8 juin 1924.

Le 9 août 1924, pertes peu abondantes, qui sont prises pour des règles un peu en retard.

Depuis ce moment, les pertes continuent noirâtres et non abondantes.

Le 8 septembre, pertes plus fortes de sang noir sans caillots ni éléments anormaux.

La malade entre à la Maternité où elle reste au repos. Les pertes ayant diminuées, la malade quitte la Maternité. Chez elle, continue à perdre journellement. De temps en temps, la patiente est prise de fortes douleurs irradiées entre les épaules; la malade précise que la douleur commence d'abord à droite, puis s'irradie à gauche.

Le 14 septembre, au cours de son travail, crise plus violente de douleurs irradiées entre les épaules obligeant la malade à quitter ses occupations. Ces douleurs persistent sous forme de crises durant 5 à 6 heures. La malade entre à l'hôpital où elle continue à souffrir, surtout du côté droit.

Le diagnostic d'inondation péritonéale par rupture tubaire étant posé, on opère la malade d'urgence. Perforation de la trompe droite. Guérison. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIX

Mme H..., 40 ans.

Entrée à l'hôpital le 13 février 1925, à 1 heure (du matin), avec le diagnostic d'inondation péritonéale. Deux enfants de 10 et 6 ans. Depuis sa dernière grossesse, règles toujours régulières, durant 3 jours. Les dernières règles datent du 31 décembre, d'une durée normale.

Le 12 février, à 8 heures, la malade ressent une douleur brusque au niveau de la fosse iliaque droite et de la région ombilicale, mais cette douleur disparaît rapidement.

Après une accalmie de quelques heures, à 11 heures, douleur syncopale qui l'oblige à se coucher. Elle reste alitée, présentant des douleurs abdominales légères avec sueurs et vomissements. A 15 heures, nouvelle syncope de peu de durée.

La malade fait prévenir son mari qui travaille aux champs, car ses malaises augmentent. A 16 heures, apparaissent dans le flanc droit, au niveau des dernières côtes droites et bientôt après dans l'épaule droite, des douleurs très violentes, sur lesquelles la malade attire l'attention de son entourage, car elles sont passées pour ainsi dire au premier plan.

Un médecin appelé ne peut voir la malade qu'à 21 heures et trouve à l'examen des signes nets d'hémorragie interne.

Il l'adresse à l'hôpital où elle arrive à 1 heure, le 13 février. A l'examen, on constate : Malade extrêmement pâle, à muqueuse décolorée, pouls très petit, à 130 environ, extrémités froides. Submatité dans le flanc, légère défense au niveau de la région abdominale inférieure. Au toucher, le fond utérin n'est pas perçu, mais les culs-de-sac sont sensibles dans leur ensemble. La femme signale l'existence de *fortes douleurs au niveau de l'épaule droite*.

Etant donné l'absence des règles de fin janvier, l'histoire de l'affection et les signes cliniques, on porte le diagnostic d'inondation péritonéale d'origine tubaire et on intervient à 1 heure 20.

Intervention. — Sous-anesthésie générale au chloroforme, laparotomie médiane sous-ombilicale rapide. Inondation abdominale. Après assèchement du pelvis rempli de caillots, on tombe sur une trompe gauche dont la région ampullaire violacée et dilatée présente une perforation lenticulaire. Ablation de l'ampoule en laissant l'ovaire en place. Fermeture en 3 plans; durée 15 minutes. Administration de sérum. Guérison et suites normales.

OBSERVATION XX

(Maternité)

Service de M. le Professeur FRUHNSHOLZ

Mme G..., âge : 19 ans.

Réglée à 18 ans, parfois avec un peu de retard, règles durant 5 jours, toujours très douloureuses.

A l'âge de 18 ans, rhumatisme articulaire aigu. En 1921, première grossesse à terme normal.

Date des dernières règles: du 3 au 4 avril. Le 31 mai 1924, la femme, pendant son travail, ressent une douleur brusque et forte dans le bas-ventre. En même temps, elle constate qu'elle perd du sang. Depuis cette époque, douleur intense dans le bas-ventre et pertes fréquentes en rouge. Cet état oblige la femme d'entrer à la Maternité le 7 juin. Dès son entrée, la malade ne perd plus; elle accuse encore quelques douleurs. Le toucher montre une masse à droite et une déviation de l'utérus à gauche. Le 10 juin, réapparition brusque de douleurs, *mais cette fois accentuées dans l'hypochondre droit*.

Un léger écoulement sanguin apparaît sans caillots et sans recrudescence de douleurs.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine posé, on intervient le 13 au matin.

Résection de la trompe droite fissurée. Guérison. Suites normales.

Thomas, de Strasbourg, a rapporté une intéressante observation, où il montre les difficultés du diagnostic, à cause des signes qui font croire à une colique néphrétique. La douleur tardive élevée se manifesta nettement et imposa l'intervention.

Hans Dewes a rapporté le cas d'une inondation péritonéale avec douleur abdominale suivie d'une douleur croisée dans les deux épaules.

M. Chaton, de Besançon, avait publié en 1919 une observation clinique intéressante à plus d'un point de vue, sous le titre : *Reproduction d'une grossesse extra-utérine dans la trompe restante, après salpingectomie unilatérale pratiquée antérieurement pour la même affection.*

Voici cette observation résumée, dans laquelle la douleur tardive élevée est signalée sans que l'auteur y attache d'importance.

OBSERVATION XXI

Mme P... Marthe, âgée de 32 ans.

Opérée de grossesse extra-utérine le 7 août 1911.

D. R. 15 mai 1919.

En juin 1919 survient un retard de 11 jours. Le 26 juin, après une course pénible en voiture, apparaissent des pertes de sang durant un jour et une nuit.

Le 1^{er} juillet 1919, il y a encore quelques pertes sanguinolantes intermittentes, sans coliques, qui se continuent tout le cours du mois.

Le 31 juillet, elle se rend à C... pour changer d'air, sur les

conseils de son médecin qui trouve son état général médiocre.

C'est là que le 6 août elle est prise brusquement de malaises avec envie de pousser, avec douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, *dans le dos, le long de la colonne vertébrale.*

L'acuité de ces douleurs est telle qu'elle entraîne une crise de nerfs dans le courant de la journée.

Le 18 août 1919, elle arrive à P... Après une nuit mauvaise, elle ne peut continuer son voyage, fait appeler le D^r B..., qui l'hospitalise d'urgence.

A son entrée à l'hôpital, cette malade est pâle, ses muqueuses sont décolorées.

On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche rupturée avec hématoçèle.

Après laparotomie médiane, on trouve une collection hémattique remplissant tout le petit bassin, contenant environ un litre de sang noirâtre. Le fœtus occupe le Douglas ainsi que le placenta adhérent en partie.

Le tout est enlevé en bloc avec l'utérus. Guérison.

Nous avons eu la curiosité de rechercher la présence manifeste de ce signe dans les observations anciennes parues dans différentes thèses sur la gestation tubaire.

Nous avons étudié ainsi deux cents observations environ. Nous n'en avons trouvé que deux faisant allusion à ce signe, sans que d'ailleurs, les auteurs y attachent une importance particulière. *Thèse de Cestan, Paris, 1894.*

OBSERVATION XXII

Marie C..., 32 ans, couturière.

Entre le 6 mai 1892 à Bichat. Réglée à 13 ans et d'une façon toujours très irrégulière, elle a eu de 1878 à 1892 six grossesses dont cinq à terme et un accouchement prématuré à six mois et demi.

La troisième couche, en 1883, fut suivie dix jours après de signes de péritonite pour laquelle elle se soigna pendant 7 mois. *Souffre actuellement dans le côté droit, dans les lombes et dans le flanc.*

A l'examen : ventre souple.

Laparotomie : Dès l'ouverture du ventre, sang fluide dans le péritoine. Le Douglas est plein de caillots cruoriques.

OBSERVATION XXIII

Marguerite C..., 29 ans.

Entre le 9 mai 1892 à Bichat.

Réglée à 14 ans. Attendait ses règles le 6 avril. Elle n'ont pas paru jusqu'au 20 avril où elles ont duré douze heures seulement, accompagnées de légères douleurs abdominales.

Quelques jours après, crise douloureuse subite très vive siégeant dans les *deux hypochondres*. Etat syncopal. La perte a reparu; elle continue depuis. La malade est restée quinze jours au lit et s'est levée pour venir à l'hôpital.

Laparotomie.

Le péritoine ouvert, on voit à droite, dans la fosse iliaque, remontant jusqu'à l'ombilic, une tumeur qui, dès le premier aspect, est certainement la trompe distendue.

La main retire à plusieurs reprises du Douglas des caillots cruoriques qui le remplissent.

2° *Caractères et signification générale du symptôme observé.*

A. *Caractères.* — D'après Laffont, que nous suivrons de très près dans cette partie de notre exposé, différents caractères individualisent nettement *la douleur tardive élevée*.

a) Son siège est variable. Cette douleur a été observée le plus fréquemment dans la région de l'extrémité antérieure de la 10^e côte (ce qui serait facile à vérifier sur un plus grand nombre d'observations). On l'a également constatée dans la région vertébrale inférieure, à l'épigastre, dans la région interscapulaire, à la nuque, aux extrémités supérieures, enfin dans la région rétrosternale, et dans ce dernier cas, sa violence fut telle qu'elle put simuler une crise angineuse.

Il est intéressant de noter que, si généralement cette douleur élevée siège du côté même de la grossesse tubaire compliquée, elle peut parfaitement être bilatérale ou même croisée.

Un autre fait important est que ce siège paraît variable suivant la quantité de sang épanché. Pour Laffont une hémorragie de moyenne abondance déterminerait une douleur tardive intercostale ou épigastrique; une hémorragie plus abondante, une douleur scapulo-dorsale ou cervicale.

b) Une autre de ses caractéristiques est d'être *tardive*. Elle survient une ou plusieurs heures après la douleur vive abdomino-pelvienne qui marque la réaction brutale du péritoine.

c) Son *intensité* n'est pas en rapport avec celle de la douleur initiale. Cette douleur tardive persiste alors que celle-ci s'atténue ou disparaît. Son acuité peut être telle qu'elle peut dominer le tableau clinique, et même créer, pour son propre compte, des difficultés de diagnostic (coliques néphrétiques dans le cas de Thomas; perforation d'ulcère gastrique dans le cas de Rochet et Labry; coliques hépatiques dans celui de Mathieu et Guibal).

d) Ses caractères sont différents de ceux de la douleur abdomino-pelvienne initiale, et l'on ne saurait faire de cette douleur tardive une irradiation de celle-ci.

e) Cette douleur n'est pas constante, et la discrimination des circonstances cliniques dans lesquelles on la trouve est d'un intérêt capital au point de vue qui nous occupe.

Elle manque dans certains cas d'inondation péritonéale.

Elle est remarquablement constante dans les cas d'hémorragie de moyenne abondance mais *continue* ou bien d'hémorragie récidivée.

Il faut, pour qu'on puisse l'observer, que les phénomènes de schock ne soient pas tellement accentués, que tous les autres signes soient masqués.

B. Signification générale. — L'étude critique de ces différents caractères a conduit Laffont à attribuer au signe de la douleur tardive la signification suivante :

« La douleur élevée apparaît lorsque le cul-de-sac
« de Douglas est distendu par l'hémorragie. Il faut
« normalement un certain laps de temps pour qu'une
« masse sanguine importante occupe et distende le
« Douglas. Cette période silencieuse entre le coup
« de poignard pelvien qui annonce la rupture tubaire
« et la douleur thoracique est la période pendant
« laquelle le Douglas doit se remplir de sang. C'est
« au moment où le petit bassin est inondé et où
« l'inondation gagne l'abdomen, que la douleur élevée
« apparaît, aggravant l'ensemble des symptômes
« généraux constatés. Nous ne croyons donc pas être
« éloignés de la vérité en attribuant la douleur tardive
« élevée à la réplétion du Douglas, et à l'envahisse-
« ment par le sang de la cavité péritonéale. »

Cet auteur cite une observation ayant la valeur d'une démonstration expérimentale de cette hypothèse, et il s'exprime ainsi :

« Dans l'observation VIII, la douleur élevée avait

« été des plus nette et restait localisée à l'extrémité
« antérieure de la 10^e côte droite. Huit jours après
« l'intervention (ablation de l'ovaire et de la trompe
« droite) et quatre jours après avoir enlevé une
« mèche accordéon, j'ai vu *réapparaître*, à ma grande
« surprise, avec une acuité très grande, la même dou-
« leur élevée observée avant l'intervention.

« Que s'était-il passé ?

« Au toucher je trouvais un Douglas bombant au
« point de nécessiter une colpotomie (liquide séro-
« sanglant abondant).

« La douleur de la 10^e côte *disparut instatané-*
« *ment*.

« J'ai eu là comme la preuve expérimentale de la
« cause de la douleur élevée.

« La réplétion du Douglas a par deux fois réveillé
« la douleur. Son évacuation l'a fait chaque fois dis-
« paraître. »

Pour d'autres auteurs la signification de ce signe serait toute différente. Certains admettent qu'il ne s'agit là que d'une manifestation particulière de la déchirure de la trompe ou de ses contractions, ou bien encore de la compression de l'ovaire.

Or, dans un cas, Laffont a constaté, comme nous l'avons vu, la réapparition de la douleur élevée après suppression de la trompe et de l'ovaire.

D'autre part, on a rapporté plusieurs cas de douleur croisée, par rapport au côté de la rupture.

Dewes ayant eu l'occasion de constater une inondation péritonéale considérable, et de trouver du sang jusque sous la coupole diaphragmatique, attribua la

douleur tardive élevée à l'irritation du diaphragme. Rappelant un travail de Ehlecker, il soutient que ce signe n'a d'autre signification que l'irritation du phrénique.

Or l'origine de ce nerf appartient en grande partie à la quatrième partie cervicale, d'où partent les branches sus-claviculaires et sus-acromiales. Le moins que l'on puisse dire de cette interprétation, est qu'elle ne s'applique qu'à un minimum de cas, puisqu'elle laisse, en dehors d'elle, tous ceux où, l'hémorragie étant de moyenne abondance, le phrénique ne saurait être directement irrité.

(Nous rappelons que ces cas sont ceux où le signe de la douleur tardive est le plus net et le plus constant.)

Pour notre part, nous admettrons l'interprétation de Laffont quant à la signification générale du signe étudié.

3° *Interprétation pathogénique.*

A. Rappel anatomique. — Nous rappellerons d'abord très brièvement quelques points d'anatomie sur l'innervation du Douglas et de la région rétrocervicale de l'utérus.

Cette zone est particulièrement sensible chez la femme et d'ailleurs son innervation est variable suivant les sujets. Il existe néanmoins un schéma général que nous allons décrire.

Outre quelques filets d'origine cérébro-spinale se détachant des 2°, 3° et 4° nerfs sacrés, cette région est essentiellement innervée par des filets d'origine sympathique, qui constituent presque exclusivement

une des terminaisons du plexus hypogastrique (quelques filets du plexus ovarique beaucoup moins important participent à cette innervation).

Le plexus hypogastrique peut, dans l'ensemble, être ramené à trois plans secondaires : un supérieur et deux latéraux.

a) *Plexus hypogastrique supérieur.* — Il est unique, médian. C'est le « plexus utérinus magnus » de Frankenhaüser, ou encore le « nerf présacré » de Latarjet.

Il est représenté par un cordon plat irrégulier, formé de faisceaux unis les uns aux autres par du tissu conjonctif.

D'abord haut situé, *au-dessus du pelvis*, il descend en franchissant la veine iliaque primitive gauche, il s'applique sur la saillie du promontoire et vient s'épanouir sur la face antérieure de la première vertèbre sacrée. A ce niveau, les cordons, partagés en deux groupes, divergent et se portent de chaque côté de la ligne médiane vers les plexus hypogastriques latéraux.

b) *Plexus hypogastriques latéraux.* — Ils constituent, à droite et à gauche, un plexus hypogastrique proprement dit, encore appelé « nerf hypogastrique » de Latarjet.

Ils présentent chez différents sujets des variations assez grandes.

En moyenne, l'origine de chacun d'eux répond à un point situé en arrière et au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive.

Le trajet est ensuite oblique d'arrière en avant, et

de haut en bas, vers le cul-de-sac latéral correspondant, où il se termine.

C'est précisément au niveau de la partie *postéro-latérale* du col de l'utérus qu'il prend un aspect ganglionnaire (ganglion cervical de R. Lée et Frankenhaüser).

Parmi les rapports, les internes sont, à notre sens, d'une importance capitale. Le plexus croise d'abord la face externe du rectum, puis affecte des rapports *intimes avec les ligaments utéro-sacrés*, jusqu'à être compris dans la partie utérine de la charpente de ces ligaments. (Nous verrons bientôt l'intérêt de ce rapport étroit).

c) Les ganglions hypogastriques ne sont autres que les renflements ganglionnaires terminaux des plexus précédents. Ils ont été décrits sous des appellations diverses : plexus utéro-vaginal, latéro-cervical, ganglion cervical de R. Lée et Frankenhaüser.

De chaque côté le ganglion hypogastrique a l'aspect plexiforme d'une lame fenêtrée quadrilataire de 3 à 4 centimètres de diamètre antéro-postérieur, sur 2 à 3 centimètres de diamètre vertical.

Presque sagittal, il présente une face postéro-externe et une face antéro-interne. Cette dernière, viscérale, répond à la partie postéro-latérale du col de l'utérus et à la partie correspondante du cul-de-sac de Douglas.

C'est en dernière analyse, par l'intermédiaire de ce ganglion que, non seulement la partie rétro-cervicale de l'utérus, mais encore le Douglas et le corps utérin lui-même sont innervés. Ce ganglion reçoit au total la plus grande partie de filets du plexus hypogastrique

latéral; des rameaux antérieurs¹ issus des ganglions sacrés du sympathique; des filets venus des 2^e (Henle), 3^e et 4^e nerfs sacrés (nerfs splachnique pelvien de Hartmann); des filets venus des plexus hémorroïdal supérieur; enfin de filets venus des nerfs vésicaux et vaginaux.

Parmi les efférents, les seuls qui nous intéressent sont ceux qui se rendent au col de l'utérus dans sa partie postérieure, dans la partie adjacente ou cul-de-sac postérieur, et dans tout le Douglas. Ce sont deux troncules émanés de la partie postéro-inférieure du ganglion; des rameaux internes, des rameaux postérieurs qui aboutissent à la cloison recto-vaginale; deux à trois filets, enfin, émanés de la partie supérieure du ganglion (dont l'un remonte le long de l'artère utérine dans le ligament large, et va s'anastomoser avec un rameau du plexus ovarique).

Pour Henle, cette région du cul-de-sac postérieur recevrait en outre les filets directs du plexus hypogastrique latéral et même du supérieur.

Notons enfin, au point de vue physiologique, que, pour Langlay et Anderson, les nerfs sacrés ne contribueraient pas à l'innervation, mais seulement les plexus sensitifs sympathiques, contenant d'ailleurs des filets nerveux venus des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e racines lombaires.

Nous retiendrons surtout de ce court aperçu, les deux notions suivantes :

1^o L'importance du système sympathique dans l'innervation de la région qui nous occupe;

2° Les relations anatomiques étroites, entre les ganglions hypogastriques latéraux et les ligaments utéro-sacrés.

B. Pathogénie. — Cette prédominance des éléments sympathiques a frappé tous ceux qui ont voulu interpréter certains phénomènes ayant pour point de départ le petit bassin.

Head, dans les études sur le réflexe viscéro-sensitif, a admis que les douleurs cervico-nucales et dorsales supérieures répondraient à des lésions des organes pelviens, et spécialement du Douglas.

Lebar, dans ses travaux sur les hypéresthésies systématisées, Muret dans ses recherches sur les localisations paradoxales de la douleur du côté opposé à la lésion, arrivent à la conclusion suivante, que le sympathique a un rôle de premier plan dans ces réflexes douloureux à distance du petit bassin.

Il nous a semblé que des travaux récents sur le sympathique permettraient, dans une certaine mesure, de se rendre compte de la corrélation qui pouvait exister entre l'excitation du système sympathique au niveau du Douglas et la localisation haute paradoxale, au premier abord, de la douleur tardive dans les hémorragies abondantes des grossesses tubaires.

Il est un fait d'observation courante, c'est que certaines affections viscérales bien déterminées, s'accompagnent de phénomènes douloureux apparaissant dans le domaine des nerfs rachidiens. C'est ce que Guillaume a appelé les névralgies réflexes aux viscéralgies.

Ces douleurs doivent absolument être distinguées de celles qui peuvent résulter de la compression d'un

nerf passant dans le voisinage, et se trouvant englobé dans le processus pathologique.

Ces douleurs périphériques du réflexe par viscérogénique apparaissent toujours dans le domaine segmentaire métamérique correspondant au segment médullaire qui répond au viscère ou à la zone en cause. Et d'ailleurs, ce segment est toujours déterminé par la correspondance embryologique primitive de la région envisagée.

La douleur tardive élevée nous paraît devoir entrer dans le cadre de ces réflexes purs viscérogénétiques d'origine sympathique.

Elle présente en effet les caractères généraux de ces réflexes, comme nous allons essayer de le démontrer, et peut-être quelques caractères secondaires.

1° *Siège de la douleur.* — Si l'on se rapporte aux tableaux publiés, par Dejerine (en particulier), on constate que la zone utéro-annexielle et ses dépendances correspondent embryologiquement à une zone métamérique englobant approximativement les segments médullaires compris entre le 9^e dorsal et le 1^{er} lombaire. Or le siège le plus habituel de la douleur tardive est pour Laffont vers la 10^e côte. Pour nous, les douleurs lombaires et intrascapulaires, également fréquentes, doivent être rattachées au signe de la douleur élevée.

La douleur périphérique apparaît donc bien dans le domaine segmentaire prévu par l'hypothèse.

Dans certains cas cependant, elle apparaît plus haut. D'après ce que nous savons des réflexes irradiés, ce fait ne doit pas nous surprendre.

En effet, à condition que l'excitation soit assez intense, ou assez prolongée, ou assez répétée (loi de répétition de l'excitation) ces douleurs réflexes peuvent *s'étendre* et cela est très général; elles peuvent se bilatéraliser, comme cela se voit, par exemple, dans la lithiase rénale, où les douleurs sont souvent bilatérales, même lorsqu'un seul rein est atteint; elles peuvent déborder sur les segments sus et sous-jacents.

Cette remarque permet d'expliquer que la douleur tardive élevée puisse être épigastrique et même cervicale. Il faut d'ailleurs noter que *cliniquement*, elle apparaît d'autant plus haut que l'hémorragie est plus brutale ou plus abondante.

2° *Loi de Head*. — Head a montré que lorsqu'une région ou un organe sont levés au point de provoquer l'apparition d'une douleur réflexe irradiée, n'importe quel organe qui reçoit son innervation sensitive du même segment métamérique, se trouve englobé dans le processus d'hypersensibilité.

Dans le cas particulier, c'est l'intestin grêle qui reçoit sensiblement son innervation sensitive des mêmes segments métamériques.

Il serait intéressant de vérifier sur un grand nombre d'observations l'existence de troubles intestinaux dans les complications hémorragiques précoces des grossesses tubaires. Nous pensons donc en accord :

1° Avec les notions anatomiques relatives à l'innervation de la région;

2° Avec les données récentes sur la physiopathologie du sympathique;

3° Avec les caractères cliniques du phénomène observé;

Que : la douleur tardive élevée rentre dans le cadre des réflexes purs à type viscérogène d'origine sympathique.

C. Mécanisme. — Deux points resteraient encore à envisager, liés d'ailleurs par des liens si étroits, qu'il paraît difficile de les dissocier; ce sont :

1° La nature de l'excitation;

2° L'élément qui reçoit cette excitation cause du réflexe.

A. Guillaume a mis très justement en lumière les différences essentielles qui existent entre les excitants périphériques variés à l'infini, et les excitants de la sensibilité profonde, qui sont en quelque sorte électifs.

Les cellules de la sensibilité viscérale ont pour excitants exclusifs les excitants chimiques et un excitant mécanique : la distension.

Cet auteur s'exprime ainsi :

« Il y a donc un *seuil de l'excitation* au delà duquel la réaction sensitive déborde sur la vie animale, mais ce seuil n'existe que dans les limites du stimulus adéquat. »

Ce stimulus adéquat est ici le facteur mécanique (car nous n'envisageons pas les complications plus tardives où l'élément infectieux peut, par le facteur chimique, jouer un rôle) et l'on comprend très bien que la réplétion, la distension du Douglas entraîne la distension des éléments nerveux qu'il renferme ou qui lui sont contigus.

Deux hypothèses peuvent être discutées quant à la nature de ces éléments nerveux impressionnés par une tension anormale :

On pourrait admettre que l'irruption du sang dans le Douglas imprime les filets terminaux du ganglion hypogastrique, ou bien que la tension anormale doit s'exercer directement sur les plexus hypogastriques eux-mêmes.

Nous préférons cette deuxième hypothèse pour les raisons suivantes :

Elle permet d'expliquer le caractère tardif de la douleur, le fait qu'il faut une masse importante de sang, nous dirions volontiers un certain *niveau*, pour que le réflexe se produise; elle coïncide enfin avec ce que nous savons de la sensibilité particulière des ligaments utéro-sacrés.

Nous avons insisté sur leurs rapports intimes avec les ganglions hypogastriques latéraux. Or Tixier a montré l'existence d'un réflexe du même ordre que la douleur élevée, lorsqu'on tire sur ces ligaments au cours d'interventions chirurgicales.

D. La douleur tardive élevée, cas particulier du réflexe Pelvien. — Pour terminer ce chapitre d'interprétation, il nous paraît utile de dire quelques mots des réflexes à distance qui, en d'autres circonstances que celles que nous étudions, ont leur point de départ au niveau du Douglas.

Bichelot avait observé, au cours de l'histérectomie vaginale, un phénomène réflexe qu'il avait appelé : « *Réflexe de l'Esplanade* », sur lequel Jayle a récemment attiré de nouveau l'attention.

Cet auteur écrit :

« Chez certaines femmes, quand le col étant solidement amarré, le doigt décolle la face postérieure du col et atteint les ligaments utéro-sacrés, la malade, pourtant profondément endormie, pousse un cri rauque, en faisant une profonde inspiration, et le répète plusieurs fois, soit sous l'influence d'une nouvelle dilacération du tissu cellulaire par le doigt, soit sous la traction de la pince agrippant la lèvre postérieure du col. »

Et voici l'origine du mot.

« Réflexe de l'Esplanade; pendant l'Exposition Universelle de 1889, il y avait sur l'Esplanade des Invalides, un théâtre Japonais, dont les acteurs, aux moments tragiques, proféraient invariablement un grognement aspiratif d'un effet très particulier. Or, au cours de l'hystérectomie vaginale, au moment où l'on irrite la face postérieure du col et le cul-de-sac de Douglas, très souvent la femme pousse un gémissement qui rappelle tout à fait le grognement aspiratif du Théâtre Japonais.

« A Saint-Louis, quand le grognement se produisait au cours de l'opération, mon spirituel maître disait en souriant : « le réflexe de l'Esplanade », le mot resta, et bien souvent je le répétais à mon tour. »

Albertin a signalé, au cours de certaines laparotomies, un phénomène analogue, inspiration brusque, produisant un cri rauque et guttural, qu'il a appelé « le cri du Douglas ». Ce cri peut être reproduit facilement et rythmé à volonté.

Tixier a fait remarquer que c'est surtout en tirant brusquement en haut et en avant sur les *ligaments utéro-sacrés*, par l'intermédiaire de l'utérus, que l'on détermine un cri de Douglas énergique, et que, lorsqu'on a sectionné ces ligaments, l'irritation du péritoine du Douglas ne le produit plus.

Il existe bien d'autres modalités de ces réflexes à point de départ pelvien :

Chrobak, en 1869, a signalé un cas d'asthme en rapport avec une rétroversion, et l'attribuait à une excitation du ganglion hypogastrique;

Kehrer a signalé l'aphonie dans un cas clinique analogue;

La toux « utérine » a été notée dans certains cas de mégalométrie (Jayle);

Kiderlen a signalé des vomissements incessants dans les déviations de l'utérus; Jayle a rattaché au tiraillement des ligaments utéro-sacrés, certains cas de vomissements du début de la gestation, améliorés par le port d'un pessaire.

Chez l'homme même existe un réflexe à type.

« Cri du Douglas » (et qui nous paraît en faveur du rôle considérable des ganglions hypogastriques latéraux); Tixier estime qu'on le fait apparaître lorsqu'au cours de la dilatation anale, on fait porter la dilatation jusqu'au-dessus de la prostate. Le malade, même profondément anesthésié, proteste par un cri rauque, c'est un signe qui avertit le chirurgien.

Toutes ces manifestations, si variées, sont, selon toute vraisemblance, directement en rapport avec les différents modes d'excitation des parties constituantes

des plexus hypogastriques, et aussi avec la nature de l'excitant en cause (inflammation, névrite, excitant mécanique).

Il nous paraît logique d'envisager *la douleur tardive élevée* dans les complications hémorragiques graves de la grossesse tubaire, comme une modalité particulière de ce réflexe qui, dans sa plus grande généralité, peut être appelé, avec Jayle, *le réflexe pelvien*.

4° *Valeur diagnostique et indicatrice*. — La valeur diagnostique et indicatrice du signe de la douleur tardive élevée, découlé immédiatement de la superposition des deux chapitres que nous venons d'étudier.

Nous avons montré quelles sont les circonstances cliniques dans lesquelles les symptômes sont suffisamment nets pour que l'erreur soit évitée et que l'intervention d'urgence s'impose sans discussion : dans la plupart des inondations péritonéales et dans certaines hémorragies à répétition.

Pour ces cas, il n'y a aucune nécessité de rechercher ou d'attendre la douleur tardive élevée, qui ne nous apprendra rien.

Mais il existe des cas *douteux*, avec la signification précise que nous avons donné à ce qualificatif. C'est précisément lorsque sont réalisées les conditions où il peut y avoir *doute* sur l'urgence de l'intervention, où l'indication n'est pas impérative et formelle, que le signe de la douleur tardive élevée apparaît avec la plus grande netteté et un caractère de constance remarquable.

Ces conditions sont réalisées surtout par l'hémorragie moyenne mais grave par sa *continuité* ou sa

répétition. La constatation est alors d'une importance capitale.

Outre qu'elle permet de porter un diagnostic ferme, *elle impose* l'intervention de toute urgence, car elle est toujours l'indice d'une hémorragie qui tend à dépasser la sphère du petit bassin.

La coexistence d'un état général relativement bon ne doit même pas, lorsque ce signe existe, faire différer l'opération, car les signes généraux, et en particulier ceux qui sont tirés de l'examen du pouls, peuvent induire en erreur.

CONCLUSIONS

I. Les indications opératoires d'urgence, dans les complications hémorragiques précoces et graves de la grossesse tubaire, sont très faciles à établir, et indiscutables dans les cas particulièrement nets; très difficiles dans un certain nombre d'autres cas. Pour ces derniers, la nécessité d'un nouveau critérium de l'indication d'urgence paraît s'imposer.

II. A ce titre, le signe de la douleur tardive élevée mérite d'entrer définitivement dans le cadre nosologique de la grossesse extra-utérine compliquée.

III. Ce signe peut permettre d'établir un diagnostic, mais surtout il crée une indication formelle d'agir vite. Il constitue un véritable *signe d'alarme* signifiant qu'une hémorragie continue tend à dépasser la sphère du petit bassin, après distension du Douglas.

IV. Les caractères cliniques de ce signe, précisés par Laffont, sont les suivants :

Douleur tardive se manifestant après la douleur

abdomino-pelvienne, mais d'autant plus tôt que l'hémorragie est plus abondante ;

Douleur élevée siégeant le plus souvent du même côté que la trompe atteinte, dans la région thoracique inférieure, mais pouvant être médiane, épigastrique, rétrosternale, interscapulaire ou cervicale, et même croisée ;

Douleur aiguë pouvant parfois dominer le tableau clinique.

L'intervention fait disparaître ce signe instantanément.

V. Cette douleur rentre, selon nous, dans le cadre des réflexes viscérogéniques de nature sympathique.

Le rôle du plexus hypogastrique nous paraît capital dans l'explication du symptôme, et particulièrement la partie de ce plexus attenante aux ligaments utéro-sacrés.

Ce réflexe entre dans le cadre général du « réflexe pelvien » de Jayle.

Il est conditionné par les modalités d'excitation mécanique du plexus hypogastrique.

Vu :

Nancy, le 2 Avril 1925.

Le Président de la Thèse,

G. MICHEL.

Vu :

Nancy, le 3 Avril 1925.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 6 Avril 1925.

Le Recteur de l'Académie,

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

SERMENT D'HYPPOCRATE

Moi... en présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

BIBLIOGRAPHIE

ASTIER. — Contribution à l'étude du système nerveux utérin. *Thèse Lyon*, 1919.

ANDRY Ch. — Traitement des grossesses extra-utérines. *Lyon*, 1890.

ALBERTIN. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 26 janvier et 2 février 1923.

BETCHERW. — Les fonctions bulbo-médullaires, II^e partie (*Encyclopédie scientifique*).

BRUCKNER et MEZINCESCU. — Sur le système nerveux utérin. C. R. *Société Biologie de Paris*, 1903, n° 9.

CHATQ. — *Bulletin Société obstétrique et Gynécologie*, 1919.

CESTAN. — Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvien. *Thèse Paris*, 1882.

CHAYÉ. — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Thèse Paris*, 1882.

DEWES (Hans). — *Zentralbl. für Gynecol.*, 1922, n° 37. (Sur la douleur de l'épaule comme symptôme de la rupture de grossesse extra-utérine).

DESCHAMPS. — Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et leur traitement. *Paris*, 1880.

FÉLIX. — *Deutsch. Zeit. f. Chirurgie*, T. CL. XXI, 1922.

GAUTHIER. — Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. *Thèse Paris*, 1893.

GOBILLOT. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire. *Thèse Paris*, 1894.

GUILLAUME. — Le sympathique et les symptômes associés. Masson, 1920.

HEAD. — In Brain, 1894-95-96.

HABLAN. — Die Hyperalgein der Bauchdecken. *Zent. für Gyn.*, 1920, n° 35.

JAYLE. — Le réflexe de l'Esplanade. *Presse Médicale*, Août 1923.

JAYLE. — Gynéco et semaine gynéco des praticiens réunies, 1924.

JOB. — *Thèse Paris*, 1921.

JOUSSET. — Essai sur les hématoécèles utérins intrapéritonéaux. *Thèse Paris*, 1883.

JACQUET. — Hémihypéresthésie névro-musculaire avec transfert. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1899, p. 452.

KELLER. — Des grossesses extra-utérines. *Thèse Paris*, 1872.

LANGLEY et H. ANDERSON. — The innervat. of the pelvie and adjoing viscera the bladder. *J. of. XIX Physiology*.

LAFFONT. — La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécol. de Paris*, 1919.

LAFFONT. — La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. *Presse Médicale*, février 1924.

LATARJET et BONNETI. — *Gazette des Hôpitaux*, 1902, n° 6, p. 49.

LEJARS. — Le plexus hypogastrique chez la femme. *Gynécol. et Obst.* T. VI, 1912, n° 4, p. 225.

LERICHE et WERTEIMER. — Sur la découverte chirurgicale de rameaux communicants. *Lyon Chirug.*, 1924.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. *Alcan, Paris*, 1924.

LEBAR. — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. *Paris*, 1906.

LONNER. — Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynckologie. *Bergman, Wissbaden*, 1899.

MACKENZIE. — Les symptômes et leur interprétation. *Alcan, Paris*, 1920.

MATHIEU et GUIBAL. — Phénomènes douloureux paradoxaux et douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire. *Bull. de Gynécologie et Obstétrique*, 1924.

MORISSON-LACOMBE. — Anatomie des nerfs de l'utérus. *Gazette Hôpitaux*, 1920, n° 61.

MURET (de Lausanne). — De la localisation habituelle ou paradoxale de certaines douleurs en gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique*, février 1923.

OPITZ. — Zur Benertung des Schmerzer bei Frauenleinden. *Zeits f. Geburts Gyne.*, T. LXXXI.

PHÉLIP. — Grossesse tubaire géminaire rompue. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris*, 1920.

PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, *Paris*, 1889.

PAUL-PETIT-DUTAILLIS. — Le facteur sympathique dans les troubles purement fonctionnels et trophiques en gynécologie. *La Gynécologie*, décembre 1924.

THOMAS. — A propos du diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les premières semaines. *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1922.

TRIADON. — Des grossesses extra-utérines. *Th. d'agrégation*, 1866.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7

CHAPITRE PREMIER

Historique	11
Conditions cliniques dans lesquelles on est amené à porter l'indication d'une opération d'urgence.	15
Syndrômes d'hémorragies commandant pratiquement l'inter- vention d'urgence.	17

CHAPITRE II

Observations.	24
CONCLUSIONS	55
SERMENT D'HIPPOCRATE	59
BIBLIOGRAPHIE	61



